



## Demande d'admission Clinique de l'Iroise

Afin de pouvoir accueillir au mieux les patients que vous nous adressez, nous vous prions de bien vouloir remplir le formulaire ci-dessous et nous le faire parvenir par messagerie sécurisée à [iroise@enovacom.easycrypt.fr](mailto:iroise@enovacom.easycrypt.fr), à défaut par mail : [admissions@cliniquedeliroise.fr](mailto:admissions@cliniquedeliroise.fr) ou par fax au 02.98.03.45.90

Médecin adresseur et téléphone : .....		Médecin traitant : .....	
<b>Nom / Prénom du patient:</b> .....		<b>Date de Naissance :</b> ___ / ___ / _____	
Nom de jeune fille : .....			
Numéro de téléphone : ___ / ___ / ___ / ___ / ___			
Adresse : .....			
Code postal : _____ Ville : .....			
Numéro de sécurité sociale : _____			
Mutuelle : .....		<input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> ALD PSY <input type="checkbox"/> ALD NON PSY	
<input type="checkbox"/> Hospitalisation Complète Joindre ordonnances en cours de validité et apporter les boîtes de traitements non psychiatriques à l'admission		<input type="checkbox"/> Hospitalisation de Jour Joindre ordonnances en cours de validité	
Motif d'hospitalisation : .....			
.....			
<u>Antécédents somatiques :</u> .....		<u>Antécédents psychiatriques :</u> .....	
.....		.....	
.....		.....	
<u>Autonomie alimentaire :</u> <input type="checkbox"/> Régime alimentaire : .....		<u>Autonomie dans les déplacements :</u> <input type="checkbox"/> Risque de chute	
<input type="checkbox"/> Repas mixé		<input type="checkbox"/> Aide	
<input type="checkbox"/> Aide au repas		<input type="checkbox"/> Utilisation canne, déambulateur, fauteuil roulant	
<u>Autonomie dans l'élimination :</u> <input type="checkbox"/> Incontinence		<input type="checkbox"/> Porteur BMR	
<input type="checkbox"/> Port de protection		<input type="checkbox"/> Porteur BHRE	
<u>Allergies :</u> .....		<u>Précautions particulières :</u> .....	
.....		.....	
<u>Médecin référent souhaité :</u> <input type="checkbox"/> Indifférent <input type="checkbox"/> Dr Chauvel <input type="checkbox"/> Dr Dubois <input type="checkbox"/> Dr Sabri <input type="checkbox"/> Dr Westphale			

Date souhaitée d'admission : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature du Médecin adresseur:

*Réservé à l'établissement :*

<input type="checkbox"/> Accord <input type="checkbox"/> Refus	Signature Médicale et Date	Signature Administrative et Date	Signature coordinatrice de soins et Date
Motif .....			
.....			
<input type="checkbox"/> Couverture Mutuelle			
<input type="checkbox"/> Chambre seule <input type="checkbox"/> Chambre Grand Confort			
<input type="checkbox"/> Ordonnances fournies avec la demande			